

Trabajo Fin de Máster

Máster Universitario en Psicología General Sanitaria

Terapia Asistida con Animales aplicada a un programa grupal de Terapia de Aceptación y Compromiso en Trastornos de la Conducta Alimentaria

Presentado por: D^a Miriam Sánchez Benítez

Tutor/a académico/a: Dra. Helena Garrido Hernansaiz

Alcalá de Henares, 8 de Marzo de 2021

Índice

| | |
|---|----|
| Resumen..... | 3 |
| Abstract | 4 |
| 1. Introducción y justificación | 5 |
| 2. Objetivos | 6 |
| 3. Marco teórico | 6 |
| 3.1 ¿Qué son los Trastornos de la Conducta Alimentaria? | 6 |
| 3.1.1 <i>Etiopatogenia</i> | 7 |
| 3.1.2 <i>Epidemiología</i> | 9 |
| 3.1.3 <i>Regulación emocional en pacientes con TCA</i> | 10 |
| 3.1.4 <i>Tratamientos psicológicos eficaces en TCA</i> | 11 |
| 3.2 ¿Por qué utilizar la Terapia de Aceptación y Compromiso? | 13 |
| 3.3 Terapia Asistida con Animales y por qué utilizarla | 16 |
| 4. Metodología de investigación | 17 |
| 4.1 Estrategias de búsqueda de revisión bibliográfica | 17 |
| 5.1 Presentación de la propuesta | 18 |
| 5.2 Objetivos concretos que persigue la propuesta | 18 |
| 5.3 Contexto en el que se aplica o podría aplicarse la propuesta..... | 19 |
| 5.4 Metodología y recursos. | 20 |
| 5.5 Sesiones..... | 21 |
| 5.6 Tabla de aplicación..... | 31 |
| 5.7 Evaluación de la propuesta | 32 |
| 6. Conclusiones | 34 |
| 7. Referencias | 36 |
| 8. Anexos | 44 |
| Anexo I. Selección del perro de terapia | 44 |
| Anexo II. Objetivos y desarrollo de las actividades de las sesiones del programa..... | 45 |
| Anexo III. Cuestionario de valoración de la introducción del PI al programa | 52 |

Resumen

En la última década los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) se han incrementado siendo una de las principales causas de enfermedad en mujeres jóvenes. Una de las dificultades que se hallan en este tipo de trastornos es el reconocimiento y la regulación emocional de las personas que lo padecen y, aunque existen terapias como la Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) que abordan estas dificultades ofreciendo buenos resultados, lo que se pretende con este trabajo es ofrecer una terapia grupal desde la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) utilizando como complemento la Terapia Asistida con Animales (TAA). Concretamente se trata de una terapia grupal llevada a cabo con la colaboración de un perro, que consta de diez sesiones programadas para llevarlo a cabo en dos meses y medio. Este programa va dirigido a pacientes con un diagnóstico TCA que están ingresadas en la unidad de TCA en el Instituto de Trastornos Alimentarios (ITA). El principal objetivo es mejorar la regulación emocional de las pacientes a través de diferentes técnicas de ACT y TAA que pretenden aumentar la flexibilidad psicológica dirigiendo las acciones de las participantes hacia un camino de valor para ellas. Se utilizan varias escalas y cuestionarios para tener medidas pre y post intervención para medir el estrés percibido, la ansiedad, la depresión, la evitación experiencial e inflexibilidad psicológica, la atención y reparación emocional y la claridad de sentimientos.

Palabras clave: trastornos de la conducta alimentaria, terapia de aceptación y compromiso, terapia asistida por animales, regulación emocional,

Abstract

During the last decade, eating disorders (ED) have increased, being one of the main causes of disease in young women. One of the difficulties found in this type of disorder is the recognition and emotional regulation of the people who suffer from it and, although there are therapies such as Cognitive-Behavioral Therapy (CBT) that address these difficulties offering good results, the aim of this work is to offer a group therapy proposal with Acceptance and Commitment Therapy (ACT), using Animal Assisted Therapy (AAT) as a complement. Specifically, a group therapy format has been designed, which will be carried out with the collaboration of a dog, consisting of ten sessions scheduled to be carried out in two and a half months. This program is aimed at patients with an ED who are admitted to the ED unit at the Institute for Eating Disorders (ITA). The main objective is to improve the emotional regulation of patients through different ACT and AAT techniques that seek to increase psychological flexibility by directing the actions of the participants towards a path of value for them. Several scales and questionnaires are used to have pre- and post-intervention measures to measure perceived stress, anxiety, depression, experiential avoidance and psychological inflexibility, emotional attention and repair, and clarity of feelings.

Key words: eating disorders, acceptance and commitment therapy, animal assisted therapy, emotional regulation

1. Introducción y justificación

Los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) consisten en una forma de patología psicológica que suele parecer perturbadora, ya que cuando estos se presentan, parecen eventos que van contra nuestra propia naturaleza y en la dirección opuesta a cualquier forma lógica o de sentido común (Nardone, 2009). Además, estos trastornos llevan consigo alteraciones físicas y orgánicas que no pueden ser ignoradas, produciendo en estas personas profundas alteraciones. Las personas que padecen un TCA presentan dificultades tanto para enfrentarse a sus propias emociones como para expresarlas verbalmente y, además, la ingesta que llevan a cabo estas personas está mediada directamente por su estado emocional (Hayaki, 2009; Waller et al., 2010). Se han llevado a cabo múltiples protocolos de tratamiento desde diferentes perspectivas psicológicas con el fin de obtener unos resultados de mejora en estos pacientes, orientadas tanto al proceso de renutrición como a tratar los procesos que subyacen dichos trastornos (NICE, 2009). Pero lo cierto es que aunque existen protocolos bien establecidos para tratar la Bulimia Nerviosa (BN) no hay los mismos resultados en el resto de los TCA, por lo que resulta necesario seguir investigando qué tipo de tratamientos, tanto individuales como grupales, pueden resultar eficaces (Morandé, 2014)

Desde la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) lo que se pretende es crear una vida rica y significativa, aceptando el inevitable dolor que en ocasiones viene con ella, y promoviendo la toma de acciones efectivas guiadas por nuestros valores más profundos. Defiende que solo a través de la acción en la que se está presente y conectado se puede crear una vida significativa donde uno se sienta feliz o afortunado, aunque se hace evidente que al intentar crear esa vida se pueden encontrar barreras que hacen sentir a la persona incómoda o desdichada, (las llamadas experiencias internas). Es por esto por lo que parece interesante la aplicación de esta terapia a este tipo de trastornos ya que la dificultad en el campo de las emociones anteriormente mencionada puede guardar relación con las barreras que estas personas van

encontrando a lo largo de su camino y que impiden dirigir sus vidas en la dirección donde realmente hallan valor..

Por otro lado, la Terapia Asistida por Animales (TAA), aunque cuenta con sus propias dificultades metodológicas para llevar a cabo estudios de eficacia y no existe todavía explicación sobre los procesos que subyacen al establecimiento del vínculo animal – persona, ofrece múltiples beneficios que afectan de manera positiva a la salud mental y física de las personas, aunque estos no tengan la intención de ser terapéuticos. Se han hallado estudios donde utilizando la TAA como complemento a otra terapia en población infanto-juvenil se han obtenido mejoras tanto en la atención como en la regulación emocional (Ortiz et al., 2012; García-Mauriño et al., 2017), siendo estos resultados prometedores para utilizar la TAA con personas con TCA ya que parece ser una herramienta que potencia los beneficios terapéuticos de las propias terapias.

2. Objetivos

El objetivo de este trabajo es desarrollar una propuesta de intervención para abordar las dificultades de reconocimiento y regulación emocional en los TCA desde la ACT, utilizando como terapia complementaria la TAA.

3. Marco teórico

3.1 ¿Qué son los Trastornos de la Conducta Alimentaria?

Los TCA son un problema de salud mental que a día de hoy y tras numerosas teorías explicativas, investigaciones y enfoques para su abordaje terapéutico, siguen siendo un asunto pendiente tanto para la psicología de la salud como para la sociedad en general. Según Raich (2011) estos trastornos conllevan graves anormalidades en los comportamientos relacionados con la ingesta, mostrando una preocupación excesiva por el peso y la figura, vinculada a una percepción distorsionada del propio cuerpo e insatisfacción corporal. También parece necesario señalar la relación tan complicada que presentan las personas que tienen estos trastornos con la comida, es decir, la relación amor-odio ambivalente que tiene como consecuencia una alteración en el desarrollo de su cuerpo. El DSM-5 (APA, 2013) divide este tipo de trastornos en las

siguientes categorías: trastorno de rumiación, trastorno de evitación /restricción de la ingestión de alimentos, anorexia nerviosa (AN), bulimia nerviosa (BN), trastorno por atracón (TA), otro trastorno alimentario o de la ingestión de alimentos especificado (TCAE) y trastorno alimentario o de la ingestión de alimentos no especificado (TCANE); siendo la AN y la BN los más conocidos.

Los TCA constituyen una preocupación para nuestra sociedad actual debido al gran malestar que provocan en la vida de aquellas personas que los sufren y a sus familiares; así como debido a la complejidad del tratamiento al producir dificultades médicas, psiquiátricas y familiares que influyen en su evolución (Morandé et al., 2014). Las personas con TCA comparten dificultades de aceptación de sí mismos y del problema, elevada insatisfacción personal y miedo intenso a perder el control (Graell et al., 2014).

3.1.1 Etiopatogenia

Según Toro (2014) de las diferentes causas que intervienen en la aparición de los TCA, dos de ellos funcionan en multitud de ocasiones como aparentes precipitantes: las dietas restrictivas y las emociones negativas, especialmente en BN. El resto de factores que actúan sobre la persona suelen ser mediatos, a menudo incluso antes de la aparición del trastorno: factores genéticos, alteraciones anatomofisiológicas cerebrales, alteraciones neurofisiológicas, alteraciones perinatales, hormonas intrauterinas, características de personalidad, situaciones de estrés, influencias socioculturales, influencia de la familia, influencia de iguales y actividades físicas de riesgo (estos son los deportes denominados estéticos). La actual vigencia de un modelo estético corporal cada vez más delgado pone de manifiesto la importancia que tienen los factores socioculturales en la aparición de los TCA.

Sin embargo, al tratarse de trastornos complejos a la hora de explicar su origen, Raich (2011) menciona como factores de riesgo de los TCA la predisposición genética, la presión social a la delgadez, la interiorización del modelo estético delgado, la dieta restrictiva, la insatisfacción corporal, el sobrepeso y la obesidad, historia de burlas

relacionadas con la apariencia física por parte de los padres y/o de los iguales, la baja autoestima, el afecto negativo, la inadecuada regulación emocional, el perfeccionismo y otros factores que pueden ser tanto precipitantes como mantenedores. En la adolescencia, edad en la que se gestan los TCA, la preocupación excesiva por la figura tiene en su antesala la insatisfacción corporal y está mediada por la edad, el propio proceso evolutivo y la relación con los padres, los pares y los medios de comunicación (Graell et al., 2014), siendo más probable tener una baja satisfacción corporal en la adolescencia media/tardía, y en las personas que tienen malas relaciones con sus padres y sus pares y que están más expuestas a imágenes estereotípicas en los medios de comunicación.

Actualmente la explicación de mayor peso del origen de los TCA estriba en la genética, cuya heredabilidad fluctúa entre el 0,60 y el 0,70. Pero, como en toda psicopatología, se trata de herencia poligénica lo que supone una multiplicidad de vías de actuación de la disposición genética, por ejemplo, a través de la reactividad a la desnutrición, de la reactividad al estrés, de la personalidad, de la edad inicial de la pubertad, del índice de masa corporal, del sexo, etc. (Toro, 2014). A pesar de los anteriores datos, aún se desconocen qué genes específicos son los que influyen y como interaccionan con el ambiente aumentando la probabilidad de desarrollar un TCA (Wade, 2010). No obstante, un alto porcentaje de los TCA no se desarrollarían sin la determinación y práctica previas que la persona lleva a cabo para reducir su peso, y esta determinación se basa en el afán de obtener un cuerpo más delgado (Plumed y Rojo, 2014). En estas condiciones una dieta restrictiva puede conducir, por un lado, al descontrol en la ingesta que puede llevar a la BN u otros trastornos afines, mientras que por otro, el “hipercontrol descontrolado” puede conducir a la AN u otros trastornos afines (Toro, 2014). Podría decirse que existe una predisposición o vulnerabilidad biológica, pero que depende del ambiente que tal vulnerabilidad se acabe manifestando.

3.1.2 Epidemiología

Los datos acerca de la prevalencia de los TCA que se encuentran actualmente son dispares y esto es debido a las diferentes variables tenidas en cuenta (duración de la enfermedad, gravedad de la misma, edades, países, culturas, etc.) lo que complica la utilización de un mismo criterio uniforme (Portela de Santana et al., 2012).

Si la incidencia de estos trastornos fuese similar en cualquier comunidad, como ocurre en otros trastornos psicológicos, se podría considerar que se deban a razones de tipo general y que no guardan relación con factores culturales, pero las numerosas investigaciones llevadas a cabo indican lo contrario, ya que en las comunidades donde se hace mayor énfasis en la delgadez surgen en una proporción mucho más alta (Raich, 2011).

Según el DSM-5 (APA, 2013) la tasa de prevalencia de AN a los 12 meses del inicio del trastorno entre mujeres jóvenes es aproximadamente del 0,4%. En los hombres es mucho menos común (existe una proporción de 10:1, es decir, de cada diez mujeres que padecen este trastorno hay un hombre que lo padece), y la tasa del riesgo de suicidio de las personas con TCA es de 12 por 100.000 al año. En el caso de la BN la prevalencia a los 12 meses del inicio del trastorno en mujeres jóvenes es del 1 – 1,5%, con un riesgo de suicidio mayor que las pacientes con AN. En España, Álvarez-Malé et al. (2015) encontraron tasas de 0,19% de AN, 0,57% de BN y 3,34% de (TCANE) en Gran Canaria en estudiantes de 12 a 20 años, siendo estos datos similares a los del resto de España y perteneciendo el total de diagnósticos de AN, BN y TCANE a mujeres.

En otra investigación llevada a cabo en Cataluña con estudiantes de 11 a 17 años, Muro-Sans y Amador-Campos (2007) encontraron que un 1,28% padecían un TCA (2,31% niñas y 0,17% niños). En la ciudad de Reus se llevó a cabo un estudio por Olesti et al. (2008) en niñas adolescentes de 12 a 21 años, se encontraron tasas del 0,9% de AN, del 2,9% de BN y del 5,3% de otros trastornos de la alimentación.

3.1.3 Regulación emocional en pacientes con TCA

Las dificultades en el reconocimiento y expresión de las emociones y la desregulación emocional son aspectos claves en los TCA. Harrison et al. (2010) refieren que la desregulación emocional puede ser un factor precipitante de los síntomas y de mantenimiento de estos en los TCA y, por tanto, requiere ser abordada terapéuticamente. En estos pacientes predomina la emocionalidad negativa que, con frecuencia, se asocia con el uso de estrategias desadaptativas dirigidas a huir rápidamente del malestar. Así, la comida suele ser uno de los medios a través de los cuales se intenta calmar el malestar, ignorarlo, disociarlo o intercambiarlo por otro, pero es un intento fallido en el sentido de que perpetúa el malestar de distintas formas a través de la culpa o el fracaso por la pérdida de control, haciendo presente de nuevo el temor a engordar (Rodríguez et al., 2017). Además, los pacientes con TCA tienen dificultades para identificar y describir los sentimientos y estrategias inadecuadas de manejo emocional como son la evitación, el escape y la negación, así como en identificar las señales interoceptivas del cuerpo (Mills et al., 2014); siendo este el motivo por el que llevan a cabo diferentes síntomas alimentarios como una forma desadaptativa para afrontar sus emociones negativas (dietas restrictivas, atracones y conductas compensatorias como son las purgas o el excesivo ejercicio físico) (Fox, 2009).

Además de la regulación emocional desadaptativa, otra dificultad puede ser la alexitimia, la cual etimológicamente representa la falta de palabras para expresar las emociones propias (Taylor y Bagby, 2000). Existen numerosas investigaciones cuyo objeto de estudio ha sido la alexitimia y su prevalencia en pacientes con TCA (Sagardoy et al. 2014; Speranza et al., 2007). Por ejemplo, Pascual et al. (2011), encontraron que la ansiedad-rasgo, la dificultad para identificar y expresar las emociones, la baja autoestima, la actitud negativa hacia la expresión emocional, la percepción negativa de las emociones, la influencia de la alimentación, peso y figura corporal en el estado de ánimo, la necesidad de control y determinadas formas de

regular las emociones pueden ser consideradas factores de riesgo de los TCA. Estos mismos autores proponen para prevenir estos trastornos prestar mayor atención a aquellas personas cuyo estado de ánimo se vea excesivamente influido por la alimentación, el peso y la figura corporal, cuya autoestima sea baja y que, ante situaciones ansiógenas, no expresen las emociones y, en cambio, tiendan a actuar de manera impulsiva. Los pacientes con BN y AN que, además, tienen altos niveles de alexitimia parece ser que no mejoran en este aspecto a menos que la expresión emocional se aborde explícitamente en el tratamiento (Schmidt y Treasure, 2006). Por otro lado, el incremento de alexitimia durante el trastorno podría interferir en las posibilidades de recuperación de las pacientes. Calvo et al. (2014) llevaron a cabo un estudio sobre procesamiento emocional en pacientes con TCA adultas y jóvenes y hallaron problemas emocionales (dificultades de aceptación y regulación de sus emociones) tanto en los pacientes con pocos años de evolución del trastorno como en los de larga evolución, aunque en el grupo de adultas la patología era más grave y estaba asociada a alexitimia intensa.

3.1.4 Tratamientos psicológicos eficaces en TCA

Cabe señalar que, en función de la edad de desarrollo y del tipo de trastorno el volumen de la investigación realizada y las conclusiones derivadas de ella han sido desiguales. En el caso de la AN poco se sabe sobre el tratamiento óptimo, esta cuestión en este ámbito de intervención está lejos de ser satisfactoria. En cuanto a los tratamientos psicológicos, la rehabilitación nutricional es el tratamiento que a día de hoy está mejor establecido. Este debe tener por objetivos ayudar a las personas a tomar conciencia del serio problema que tienen y motivarlas para que acepten recibir tratamiento psicológico y, por otro lado, restablecer un peso saludable, ya que el estado delicado de desnutrición de la persona puede provocar la muerte (NICE, 2004). Por otro lado, la selección de una terapia psicológica eficaz para la AN es complicada si se tiene en cuenta que no existe suficiente evidencia empírica que pruebe mayor eficacia de una sobre otra. Muchos profesionales emplean la Terapia Cognitivo

Conductual (TCC) para el mantenimiento de los hábitos alimentarios adecuados y la terapia cognitiva o interpersonal para favorecer la reestructuración cognitiva y la promoción de estrategias de afrontamiento eficaces (Saldaña, 2003). A diferencia de la AN, en la BN el tratamiento de primera elección es la TCC, donde cerca del 50% de los pacientes que son tratados con manuales de TCC consiguen una recuperación total mantenida a lo largo del tiempo (Grilo, 2006). En el caso del TA, los tratamientos que han resultado eficaces para la BN también lo son para el TA, por lo que la TCC y la terapia interpersonal pueden considerarse adecuadas (Raich, 2011). Por otro lado, los TCANE han sido olvidados por clínicos e investigadores, probablemente porque se han considerado de menor gravedad (Saldaña, 2003), pero la recomendación es que el terapeuta siga la guía de tratamiento que más se asemeje al trastorno que el paciente presenta (NICE; 2004).

Finalmente, Fairburn (2008) se basa en la teoría cognitiva-conductual de los TCA para plantear un tratamiento basado en su teoría transdiagnóstica, el cual se centra en aquellos procesos que mantienen el trastorno y no en los aspectos responsables del inicio, pudiendo extenderse este tratamiento a todos los TCA y siendo hasta la fecha el tratamiento mejor establecido para la BN, no siendo así para la AN (Raich, 2011).

Se han publicado una serie de artículos teóricos donde se sugiere que la ACT podría ser un tratamiento particularmente beneficioso para los TCA (Hayes y Pankey, 2002; Heffner y Eifert, 2004; Heffner et al., 2002; Marco et al., 2018; Merwin et al., 2011; Merwin y Wilson, 2009). Juarascio et al. (2013) llevaron a cabo un estudio donde se compara a un grupo de pacientes con TCA el cual recibió el tratamiento residencial intensivo habitual con otro grupo de pacientes que recibió el tratamiento residencial intensivo habitual y que, además, asistió a un grupo terapéutico de ACT. Los resultados mostraron que los individuos en ambas condiciones de tratamiento tuvieron disminuciones sustanciales en la patología alimentaria, pero hubo una tendencia hacia una mayor disminución en el grupo que asistió de forma adicional al grupo terapéutico de ACT y, también, estos pacientes mostraron tasas más bajas de rehospitalización

durante los seis meses siguientes después del alta. En 2013 Manlick et al. llevaron a cabo una revisión sistemática de los estudios que utilizaron la ACT para tratar los TCA. Los resultados sugirieron que la evitación experiencial es un componente clave en el inicio y mantenimiento de los TCA y que los procesos básicos de ACT que han sido utilizados en TCA han demostrado progresos en el funcionamiento de las pacientes, disminuyendo su sintomatología.

Por otro lado, existen estudios donde se muestra que la ACT resulta eficaz tanto en población adolescente como adulta con problemas de regulación emocional (Gómez et al. 2014; Gratz, 2007). De la Viuda-Suárez y Casas-Posada (2020), hallaron en su estudio que la ACT aplicada a un grupo de adolescentes con dificultades de regulación emocional producía mejoras significativas en las variables de impulsividad, estrategias de regulación emocional e interferencia a metas. Estos datos parecen relevantes teniendo en cuenta que las pacientes con TCA a las que va dirigido el presente trabajo presentan dificultades en esta área.

En lo que respecta a la TAA, no se encuentran investigaciones sobre la eficacia de su aplicación en este tipo de pacientes aunque sí existen programas de intervención llevados a cabo en la práctica clínica en el Hospital Infantil Universitario Niño Jesús de Madrid y en el Instituto de Trastornos Alimentarios (ITA) de Barcelona, por lo que sería interesante obtener datos que pudiesen evaluar la eficacia de dicha terapia.

3.2 ¿Por qué utilizar la Terapia de Aceptación y Compromiso?

La ACT fue ideada por Steven Hayes en 1999 (Hayes et al., 1999) y nace a partir de la Teoría del Marco Relacional (Hayes et al., 2001) y el enfoque Contextualista-Funcional. Proporciona un tipo de intervención diferente, basándose en la aceptación de los síntomas y la orientación hacia valores personales, siendo uno de sus objetivos el mantenimiento de la actividad y el funcionamiento a pesar de la sintomatología (García Montes et al., 2004). La ACT lo que propone es que el intento de luchar contra las cogniciones con la intención de reducirlas o eliminarlas es el verdadero problema, es decir, las estrategias de control llevadas a cabo por la persona pueden ocasionar el

impacto contrario y provocar un aumento de la intensidad, la frecuencia y duración de esos pensamientos no deseados (Mañas, 2007). Esta terapia se distingue de la TCC en que la última considera las cogniciones como las responsables de los problemas emocionales y conductuales, por lo que se enfoca en modificar, reducir o suprimir esas cogniciones. Según Harris (2020), las personas invierten mucho tiempo y esfuerzo para sentirse felices y, por lo tanto, para controlar los sentimientos. Sin embargo, estas estrategias de control tienen tres componentes relevantes: 1. no se obtienen los resultados esperados a largo plazo, consumiendo mucho tiempo y energía; 2. crean sentimientos de ser estúpidos, imperfectos o débiles ya que los pensamientos/sentimientos vuelven a repetirse constantemente; y 3. muchas estrategias que disminuyen las emociones indeseadas a corto plazo en realidad disminuyen la calidad de vida a largo plazo. Estos efectos conllevan más sentimientos desagradables y, por lo tanto, a un mayor deseo de controlarlos formando un círculo vicioso que recibe el nombre técnico en ACT de evitación experiencial.

La evitación experiencial es la predisposición a intentar evitar, cambiar o deshacerse de los sentimientos y pensamientos no deseados incluso cuando resulta perjudicial hacerlo (Casanova et al. 2018). Cuando esta evitación experiencial es empleada de una forma cronificada y generalizada puede dar lugar al Trastorno de Evitación Experiencial (TEE), que está presente en muchas pacientes con TCA, pues son característicos los intentos de control de los eventos privados así como del malestar y las situaciones que los producen (Luciano y Valdivia, 2006); aunque el TEE no es un diagnóstico reconocido por la Asociación de Psiquiatría Americana (APA), sino más bien un patrón de comportamiento. Según Wilson y Luciano (2002), las personas que actúan bajo este patrón de evitación están atrapadas en un círculo vicioso de forma que, ante cualquier función verbal aversiva, se genera la necesidad de atenuarla, por lo que se hará lo necesario en función de la historia personal para aliviar el malestar inmediatamente, pero llevando a largo plazo a una limitación en la vida de la persona.

En ACT, la concepción de la psicopatología se resume en el término de inflexibilidad psicológica, concepto descrito por primera vez por Hayes et al. (1999) y que puede considerarse la base de la ACT, que se entiende como la imposibilidad de responder de forma efectiva (consistente en valores) frente a los avatares de la vida (Twohig y Hayes, 2008). Estos autores señalan que dicha imposibilidad surge de seis procesos que se mencionan a continuación:

1. La evitación experiencial. Un ejemplo de este proceso podría ser el caso de una paciente con BN que, desde la última vez que un familiar le hizo referencia a su cuerpo comentando que “estaba más gordita”, refiere no querer volver a comer ningún alimento “prohibido”, cada día restringe más alimentos y aumentan sus obsesiones acerca de la comida y su deseo de adelgazar a toda costa.
2. La fusión cognitiva. Un ejemplo de este proceso sería una paciente con síntomas de TCA tiene el pensamiento de “si me como este plato de pasta, voy a engordar de golpe todo lo que he conseguido adelgazar este mes”, quedando atrapada en la literalidad de esta frase y no pudiendo diferenciar que solo se trata de un pensamiento.
3. Pérdida del contacto con el momento presente, generando insensibilidad a los sucesos que están aconteciendo. Como ejemplo de este proceso podríamos pensar en una persona que en un pasado sufrió acoso escolar por su aspecto físico y teme que las próximas personas con las que se tenga que relacionar puedan burlarse de ella.
4. El yo contenido. Un ejemplo de este proceso podría ser una madre que está preocupada por tener múltiples episodios de agresividad verbal con su hija y que expresa en sesión “yo me considero una buena madre, y una buena madre tiene que poner tiene que poner límites claros”.
5. Falta de claridad o alejamiento de valores. Un ejemplo de este proceso podría ser una persona con fobia social que expresa “hace años que no disfruto de una reunión con mis amigos”.

6. Impulsividad e inhibición. Un ejemplo de impulsividad sería un paciente que acude a sesión por consumo excesivo de cannabis y otro de inhibición sería un paciente que acude a sesión porque tiene dificultades para relacionarse con chicas que le atraen.

El objetivo final de ACT es aumentar esta flexibilidad psicológica para que el paciente pueda comportarse de manera consciente con sus valores elegidos, en lugar de encerrarse en un patrón de comportamiento que se mantiene por el deseo de evitar la angustia alejando a la persona de sus metas más valiosas, causando sufrimiento.

3.3 Terapia Asistida con Animales y por qué utilizarla

La TAA tiene como base el vínculo animal-persona y mantiene que el papel fundamental corresponde al terapeuta que establece, como profesional, una relación con el paciente a efectos de ayudarlo (Cusack, 2008), siendo el animal un asistente o colaborador en el proceso. Se trata de una intervención terapéutica planificada donde el animal participa con unos criterios específicos determinados por los objetivos establecidos previamente, evaluando y registrando las interacciones paciente-animal (Cirulli et al. 2011, Fontalba, 2016). Aunque la literatura sugiere que los animales aportan numerosos beneficios de forma tanto directa como indirecta (Mills y Hall, 2014), todavía no se conoce la fundamentación teórica de esta terapia al no haberse encontrado los mecanismos subyacentes que hace que la interacción persona-animal sea beneficiosa para las personas y existen limitaciones metodológicas en los estudios que exigen llevar a cabo más investigaciones y con mayor rigor científico (Lubbe y Scholtz, 2013).

Existen diferentes modalidades de TAA que involucran diferentes animales, entre las cuales destacan: la equinoterapia, la terapia con delfines y la terapia asistida con perros (TAP). La TAP es la más utilizada debido a la facilidad de adiestramiento, su temperamento y la disponibilidad de razas distintas (Delgado et al., 2017). En este sentido, Ávila (2013) señala que los perros causan grandes efectos terapéuticos en terapia psicológica, entre ellos la reducción del estrés, la reducción de la presión sanguínea, la aceleración de procesos curativos y la ayuda para superar la depresión.

En un estudio de Ortiz et al. (2012) en el que se utilizó la TAA como apoyo a la TCC con adolescentes con problemas emocionales y cuyo objetivo fue analizar sus efectos sobre la autoestima y los componentes emocionales, los resultados mostraron cambios significativos en la atención emocional, esto es, en la capacidad para percibir y expresar mejor sus emociones. Este cambio es clave, ya que la percepción adecuada de las propias emociones y las de los demás es el primer paso para conseguir un manejo adecuado de las mismas. En otro estudio, García-Mauriño et al. (2017) realizaron una revisión de la aplicación de la TAA en población infanto-juvenil y hallaron que esta resulta beneficiosa aplicarla a las personas que tienen dificultades en la interacción social, en el establecimiento de vínculos afectivos y en la regulación emocional. Los efectos positivos que destacaron fueron el incremento en la empatía, la identificación y la expresión emocional, el aumento de la seguridad personal y la autoaceptación, el aprendizaje de habilidades de comunicación y socialización y la estimulación cognitiva. Aunque no se han encontrado estudios sobre la eficacia de la TAA en TCA, existen diversos estudios que concluyen que se obtienen beneficios en las relaciones sociales, en la reducción del estrés y la ansiedad, en paliar los efectos del aislamiento social, en el aumento de la atención, concentración y motivación hacia la tarea, en aumentar el afecto positivo, la autoestima y favorecer la independencia entre otros aspectos psicológicos, cognitivos y funcionales (Gutiérrez, 2007; Zamarra, 2002). Así, sería interesante comprobar si el uso de la TAA utilizada en pacientes con TCA resulta beneficiosa aumentando el impacto de los resultados positivos de la terapia psicológica.

4. Metodología de investigación

4.1 Estrategias de búsqueda de revisión bibliográfica

Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica en los siguientes recursos y bases de datos de evidencias científicas: MEDLINE, Sciencedirect, PubMed y PsycINFO. Para la búsqueda en bases de datos se utilizaron combinaciones de los siguientes términos:

Trastornos de la Conducta Alimentaria, Terapia Asistida con Animales, Terapia de Aceptación y Compromiso, Flexibilidad Psicológica, Anorexia Nerviosa, Bulimia Nerviosa, Mindfulness, Regulación Emocional, Eating Disorders, Animal-Assisted Therapy, Acceptance and Commitment Therapy, Emotional Regulation. Se buscaron documentos publicados en los últimos diez años. También se han buscado manuales, tesis doctorales y guías de práctica clínica utilizando la base de datos TESEO para la búsqueda de tesis doctorales, y se han examinado las referencias de documentos obtenidos para identificar otros estudios relevantes.

5. Propuesta de intervención

5.1 Presentación de la propuesta

El presente trabajo es una propuesta de intervención grupal dirigida a personas con TCA que tienen dificultades en el reconocimiento y regulación de sus emociones, utilizando la terapia psicológica de ACT y, como complemento, la TAA. El programa cuenta con una estructura de 10 sesiones, cada una de ellas con unos objetivos específicos concretos pero teniendo siempre presente el objetivo general del mismo. Está diseñado para aplicarse en dos meses y medio y en grupos de ocho participantes como máximo.

5.2 Objetivos concretos que persigue la propuesta

El objetivo general del programa es mejorar el reconocimiento y la regulación emocional de personas con TCA a través de la aplicación de TAP a un programa de intervención grupal basado en ACT.

Objetivos Específicos

- Aprender a aceptar y gestionar los eventos internos que ocurren en el día a día reduciendo la evitación experiencial
- Mejorar la regulación emocional de las pacientes, concretamente el reconocimiento y la aceptación de las emociones y el manejo y expresión de las mismas

- Aumentar la flexibilidad psicológica, esto es, la capacidad de sentir y pensar con apertura mental, de conectar con el momento presente y de avanzar en la dirección que es importante para ellas y poder vivir de una forma congruente con sus valores.
- Reducir los niveles de depresión y ansiedad

5.3 Contexto en el que se aplica o podría aplicarse la propuesta

El presente programa se aplicaría en una unidad de hospitalización de TCA perteneciente al Instituto de Trastornos Alimentarios (ITA en adelante), recurso especializado en TCA y Trastornos de Conducta. Dicho recurso proporciona a las pacientes un tratamiento integral para esta patología formado por un equipo multidisciplinar. Los tratamientos que reciben a lo largo del proceso terapéutico son: terapias individuales, terapias grupales, terapia nutricional, tratamiento psicofarmacológico, terapia familiar sistémica y terapia grupal para madres y padres. Todo este tratamiento se lleva a cabo en un contexto hospitalario donde las pacientes llevan a cabo sus actividades básicas de la vida diaria donde realizan las 5 ingestas de comida con apoyo psicológico, realizan sus hábitos de higiene y autocuidado bajo supervisión del personal de planta, reciben visitas de familiares o amigos o, incluso, disfrutan de permisos que realizan en sus domicilios acordados con el equipo terapéutico cuando el estado de salud y los síntomas de la enfermedad lo permiten.

En dicho recurso se atienden tanto a pacientes adultas como adolescentes. Las participantes son tanto adolescentes como adultas con un diagnóstico de TCA, las cuales presentan dificultades de regulación emocional, derivadas al programa por parte del terapeuta responsable. La mayoría presentan comorbilidad psiquiátrica ya que muchas tienen diagnosticado algún Trastorno de Personalidad. Va dirigido a mujeres ya que actualmente en la unidad no hay hombres ingresados con TCA.

Los criterios de inclusión para participar en el programa es tener un diagnóstico de TCA del DSM-5 (APA, 2013), rasgos de personalidad impulsivos, dificultades de autocontrol, atracones, purgas u otras conductas de autolesión propias de los TCA. Se excluirán del programa pacientes con un diagnóstico de psicosis, pacientes con

tendencias suicidas (las cuales serían referidas para atención individual urgente) y pacientes con abuso de sustancias. Las pacientes que presenten algún tipo de alergia o fobias hacia los perros se tendrán en cuenta para que no sean incluidas en el presente programa

5.4 Metodología y recursos.

Se trata de un programa de intervención donde se aplica la ACT utilizando como complemento la TAA con un formato grupal. Las sesiones tienen una frecuencia de una sesión semanal, dando espacio para la reflexión y puesta en práctica de las diferentes técnicas aprendidas entre una sesión y otra. La duración de las sesiones oscilará entre los 60 y los 90 minutos, dependiendo de los objetivos y actividades llevadas a cabo en cada sesión. Las sesiones están estructuradas en tres partes:

En la primera parte se explican los objetivos de la sesión que se va a desarrollar, se proporciona un espacio para la expresión de dudas y preocupaciones, y repaso y puesta en común de los ejercicios que se hayan propuesto realizar en la sesión anterior en los casos que así se requiera. En la segunda parte se realizan las actividades y dinámicas cuyo propósito es lograr la consecución de los objetivos de esa sesión propia. En su mayoría, estas actividades son diseñadas para que puedan realizarse con la colaboración del Perro de Intervención (PI). A lo largo de todas las sesiones, estas serán compatibles con poder acariciar al PI si así lo desean. En la tercera parte se lleva a cabo una práctica de mindfulness de 10 minutos a partir de la 6ª sesión en la cual se les enseña la técnica para favorecer la puesta en práctica de la misma y se proponen tareas que pueden llevar a cabo fuera de la sesión, explicándoles porqué es recomendable realizarlas y qué beneficio pueden obtener, siempre recordándoles que la realización de estas tareas es voluntaria. También se lleva a cabo una reformulación de todo lo visto en la sesión para recoger los puntos clave y lo que las pacientes consideran que es valioso y puede ayudarlas y, finalmente, se procede con el agradecimiento de su participación, el recordatorio de que esta siempre será voluntaria y la despedida.

En cuanto a los recursos utilizados, el equipo de intervención constará de:

- Una Psicóloga Clínica / Sanitaria perteneciente a la unidad del recurso hospitalario, que conozca a las pacientes previamente, para llevar a cabo una observación del proceso de las sesiones y brindar apoyo en los casos en los que fuese necesario.
- Una Psicóloga Sanitaria, Experta en Terapias de Tercera Generación, y Técnico / Experta en Intervenciones Asistidas con Animales (EIAA), la cual dirigirá las sesiones e intervenciones.
- Un PI, previamente seleccionado y entrenado para llevar a cabo Intervenciones de Terapia Asistida. El proceso que se sigue para hacer la selección del perro de terapia puede verse en el Anexo I.

Por otro lado, serán necesarios algunos recursos materiales: una sala amplia, sillas, esterillas, cartulinas de color, bolígrafos, pinturas, folios, un cuadro tamaño 90 x 60 cm, una cámara de fotos, sobres y premios que se utilizarán como refuerzo para el PI que serán proporcionados por la EIAA.

5.5 Sesiones

Sesión 1: Vamos a conocernos

Objetivo: Establecer el vínculo entre el equipo terapéutico y las participantes y conocer en qué va a consistir el programa de intervención y sus beneficios.

Procedimiento: Se inicia la sesión haciendo una breve presentación de cada una de las participantes y se les pide que expliquen, en breves palabras, en qué creen que va a consistir el programa y qué pueden esperar de él. Aunque se prevé que las participantes ya se conozcan al tratarse de un contexto hospitalario, se considera importante que cada una tenga un espacio donde expresar la expectativa que tienen tanto del programa en general como de la TAP. Tras la presentación, se explican los objetivos del programa y se dan unas breves pautas para interactuar con el PI (Noa en adelante para permitir la familiarización al lector) cuando esta entre en la sala con la

EIAA ya que se debe salvaguardar el bienestar del animal. Estas pautas son, en breves palabras, mostrar calma y tranquilidad en la medida que sea posible para crear un ambiente cálido donde Noa también pueda estar calmada. Se les explica por qué es necesario esto en los primeros contactos, ya que para el perro todas las personas son desconocidas. Después, Noa y la EIAA entran en la sala y se lleva a cabo una presentación individual y se cuenta brevemente su historia para lograr que conecten con ella. Tras la presentación, se les pregunta si conocen la ACT y, en caso afirmativo, se les pide que expongan qué es lo que conocen. Según las participantes van dando las respuestas se va modelando las mismas en función de lo expuesto. Se explica que la premisa principal de la ACT es la actuación por parte de las personas centrándose en sus propios valores, es decir, a pesar de que en la vida pueden surgir barreras que hacen sentir a las personas incómodas, tristes, paralizadas o hacen sufrir, lo que la ACT pretende es que se aprenda a aceptar estas barreras (explicando que estas pueden ser de diversa índole: pensamientos, emociones, problemas familiares, problemas en el colegio/trabajo, etc.) y aprender a conectar con el aquí y ahora, identificando lo que para la persona tiene valor y encaminando su vida hacia donde quiere estar.

Se lleva a cabo un ejercicio con Noa: “La presentista” (ver Anexo II). Se explica uno de los tres principios básicos de la ACT: la conexión o “contacto con el momento presente”, que implica conectar con el presente y con todo aquello en lo que uno se ocupa. Tras esto, se hace una breve recapitulación de todas las ideas principales comentadas en la sesión. Se explica que a lo largo del programa habrá sesiones en las que se les proponga realizar actividades fuera del grupo, las cuales son voluntarias, pero se agradecerá su participación ya que será de gran utilidad para nutrir el grupo y que puedan realizar un trabajo personal más significativo.

Sesión 2: Y tú, ¿controlas?

Objetivo: Ampliar los conocimientos acerca de las emociones, de sus funciones, de su controlabilidad y las posibilidades de manejar las mismas desde la perspectiva de ACT.

Procedimiento: A partir de esta sesión, se inician el resto de sesiones con la EIAA y Noa desde el inicio del grupo. Lo primero que se lleva a cabo es una serie de preguntas para conocer la base de la que partimos, desde la visión de una adolescente a la de una adulta. Las preguntas son: *¿Qué son para vosotras las emociones? ¿Cómo afrontáis las emociones que, comúnmente, llamáis positivas? ¿Y las negativas? ¿Qué funciones creéis que tienen ambas?* En todas estas preguntas se les permite un espacio para la reflexión y debate de las ideas que les van surgiendo. Después, se explican las seis emociones básicas que sentimos las personas y sus funciones: no existen las emociones “buenas” o “malas”, sino emociones que sentimos como “más” agradables o “menos” agradables, pero que todas y cada una de estas emociones tienen algo que decirnos y, a su vez, cumplen sus funciones que son principalmente prepararnos para la acción. Se aprovecha para hacer referencia al PI para realizar algunas reflexiones que permitirán dar el siguiente paso: *¿Qué emociones creéis que tiene “Noa”? ¿Creéis que Noa controla siempre de la manera más adecuada sus emociones?* Se aprovecha para enseñarles un póster que incluye varias fotos de Noa expresando diferentes emociones y se les propone que si quieren ese póster puede quedarse colgado en la pared el tiempo que ellas lo deseen. Se espera que como respuesta a las preguntas las participantes digan que dependerá del perro, ya que hay perros más estables y menos estables, pero que creen que no siempre las manejará de la mejor forma. Se aprovecha, de nuevo, a Noa para hablar sobre el manejo emocional que puede realizar de manera inmediata, teniendo en cuenta las consecuencias a corto plazo, sin tener en cuenta si esto es contraproducente o puede perder algo de más valor a largo plazo. Se realiza el ejercicio con el PI: “Truco o trato” (ver Anexo II). Después se aprovecha para conectar el tema de las emociones con el siguiente tema a tratar: el problema del control,

mediante las siguientes preguntas: *¿Creéis que las emociones son siempre controlables? ¿Existe una forma de aprender a controlarlas de la mejor manera posible siempre? ¿Creéis que las emociones controlan vuestro comportamiento?* Así, se pretende que las participantes vayan reflexionando y puedan debatir acerca de ello. Además, se planteará la pregunta *“¿Creéis que una persona que se siente enfadada no puede actuar con tranquilidad?”* a la que se espera que respondan que esto dependerá de la persona, de su impulsividad, de la intensidad de su enfado o del motivo. Se propone que reflexionen fuera de sesión sobre el control de los pensamientos y las emociones y que escriban en un libro de notas simplemente lo que esto les trae a la cabeza, utilizando ejemplos propios o ajenos, historias, etc.

Sesión 3: Las emociones son como el tiempo

Objetivo: Identificar las consecuencias que trae consigo el hipercontrol, aprender a saber qué quieren decirles sus emociones y diferenciarlas de la acción.

Procedimiento: Se inicia la sesión dando un espacio para compartir todas las reflexiones de la sesión anterior de las participantes que quieran ponerlas en común. Después, aprovechando que las reflexiones llevan consigo el concepto de controlabilidad, hablamos de las “estrategias de control”. Utilizamos como ejemplo el hecho de que nos salga un eccema y nos rasquemos para aliviar el dolor, consiguiendo el efecto contrario, y la metáfora de “La pantalla del ordenador” (Wilson y Luciano, 2002) (ver Anexo II). Estas son llamadas estrategias de control porque son intentos de cambiar la manera en cómo uno se está sintiendo o pensando. Para ejemplificar el control de las emociones, se utiliza la metáfora de “El Polígrafo” (Hayes et al., 1999), (ver Anexo II). Se realiza la siguiente pregunta: *¿Qué estrategias de control conocéis y/o crees que utilizáis?* Después, se entrega una ficha a cada una de las participantes con una tabla donde aparecen las estrategias de control más habituales (ver Anexo II), y se entregan bolígrafos con la ayuda de Noa, para que puedan marcar aquellas que creen que utilizan. Después, se lleva a cabo otro ejercicio con Noa, donde se cuenta una situación en la que ella tuvo que enfrentarse a una

situación desagradable para observar la estrategia de control llevada a cabo por ella. Se explica a las participantes cuándo estas estrategias pueden llegar a ser problemáticas: cuando se abusa de ellas, cuando se utilizan en situaciones en las que no pueden funcionar y cuando, por el hecho de utilizarlas, se dejan de hacer las cosas que realmente importan; utilizando ejemplos para estas tres situaciones. Se explica cómo las personas se esfuerzan mucho por controlar sus pensamientos y sentimientos, y se les pregunta *¿Qué costes creéis que tienen estas estrategias de control?* Se trata de que las participantes, a través de sus reflexiones, se den cuenta de que consumen mucho tiempo y energía y no suelen ser efectivas a largo plazo, que pueden hacernos sentir imperfectos o débiles porque estos pensamientos/sentimientos siguen acudiendo una y otra vez o, incluso, que muchas de estos métodos de control que disminuyen las emociones desagradables a corto plazo realmente lo que hacen es disminuir la calidad de vida a largo plazo. Se finaliza la sesión recapitulando sobre los temas que se han tratado y pidiendo a cada una de las participantes que digan, en una frase, algo de valor para ellas que se lleven de la sesión, y proponiendo que hagan un ejercicio fuera de sesión para el próximo día: completar la siguiente frase “Los pensamientos/sentimientos de los que más me gustaría deshacerme son...”.

Sesión 4: Abrazar la vida

Objetivo: Reflexionar acerca de las estrategias de control sobre sus emociones que han llevado a cabo hasta ahora, sobre sus resultados, y conocer una alternativa al control: la aceptación de los eventos privados.

Procedimiento: Se inicia la sesión dando un espacio para que, quien lo desee, pueda compartir su frase completa de la sesión anterior. Como ya conocemos cuáles son las estrategias de control y cuáles son las que cada una cree que aplica cuando siente emociones o tiene pensamientos desagradables, se realizan varias preguntas para que las participantes lleguen a sus propias conclusiones: *¿Qué cosas intentáis hacer con el objetivo de eliminar esos pensamientos o emociones desagradables, cambiarlos o deshacerlos de ellos? ¿Os habéis librado de esos pensamientos o sentimientos*

desagradables a largo plazo? ¿Cuánto os ha costado si pensáis en el tiempo, energía, dinero, salud y vitalidad que habéis invertido? ¿Os acercó a una vida más satisfactoria o feliz? En función de las respuestas se explica que si se sienten aturridas o confusas es un buen resultado, ya que esto implica un cambio importante que cuestiona aquellas convicciones que están muy arraigadas. Si en algún caso las estrategias que han llevado a cabo no tuvieron costes importantes o si han acercado a la persona a la vida que quiere, se recuerda que esto no es problemático y que en este caso no es preciso que se centren en ellas. Se explica que existe una alternativa al control y que esta es la aceptación de los eventos privados, utilizando dos metáforas: “La manta sobre la hierba” y “Las olas en la playa” (Wilson y Luciano, 2002). Tras esto se aclara que la aceptación no supone resignarse a nada, aceptar tiene que ver con abrazar la vida y abrirse totalmente a su realidad presente y, por lo tanto, dejar de luchar con la vida tal y como es en este momento; y que ello tampoco conlleva el no querer cambiar sus vidas o mejorarlas, ya que cuanto más plenamente se acepte la realidad de su situación es más probable que puedan emprender con mayor efectividad acciones para cambiarla. Se lleva a cabo el ejercicio con Noa de “Pensar vs Observar” (ver Anexo II). Se les propone llevar a cabo una tarea fuera de sesión: que anoten en su libreta una reflexión acerca de este ejercicio, que identifiquen cómo se han sentido para comentarlo en la siguiente sesión.

Sesión 5: ¿Somos lo que pensamos o sentimos?

Objetivo: Aprender qué es la fusión cognitiva, la fusión emocional y por qué ocurren. Aprender a llevar a cabo la defusión cognitiva.

Procedimiento: Se inicia la sesión dando espacio para que compartan las reflexiones acerca de cómo se sintieron realizando el ejercicio “Pensar vs Observar”. Se espera que las participantes refieran haberse sentido incómodas, tristes o intranquilas con ese pensamiento perturbador dando vueltas por la sala. Se aprovecha para aclarar que este ejercicio se trataba de un ejercicio de aceptación que llevaba consigo una técnica, la defusión. Se les guía hacia las respuestas a través de las siguientes preguntas:

¿Sabéis qué es la fusión cognitiva? ¿Creéis que sois lo que pensáis o sentís? ¿Creéis firmemente que lo que vuestros pensamientos os dicen es real o reflejan la realidad tal cual es? ¿Y vuestras emociones? Se procede a explicar en qué consiste la fusión cognitiva y se utiliza el “Ejercicio del observador” (Assagioli, 1971) para que puedan visualizar lo que se pretende transmitir. Se les propone hacerlo con los ojos cerrados si se encuentran cómodas mientras escuchan la voz de la EIAA narrando el ejercicio y que Noa podría acercarse a alguna de ellas para que puedan acariciarla o simplemente, acompañarlas durante el ejercicio. Tras finalizarlo, se recuerda que el ejercicio de “Pensar vs Observar” tenía como objetivo el promover la aceptación de los eventos internos que ocurriesen en su cuerpo a través del distanciamiento con un pensamiento o situación concreta, pudiendo percibir como se trata de palabras que hemos escrito en un papel y que, realmente, ese papel no puede hacernos un daño real contengan las palabras que contengan. Se lleva a cabo el ejercicio con Noa “Las palabras se las lleva el viento” (ver Anexo II). Se les propone un ejercicio para realizar fuera de sesión: cuando reconozcan un pensamiento o emoción desagradable tienen que insertar delante lo siguiente “Estoy teniendo el pensamiento/ emoción de que...” y repetirse el pensamiento o emoción esta vez con la frase incluida y que observen qué sucede.

Sesión 6: “Aquí y ahora”

Objetivo: Reducir el estrés de las participantes a través de la técnica de *mindfulness* y, a su vez, aprender a conectar con el presente.

Procedimiento: Se inicia la sesión preguntado cómo les fue con el ejercicio que se les pidió que hiciesen fuera de sesión y se da espacio para que las participantes puedan expresar cómo se sintieron con esta técnica, dudas, preocupaciones, etc. Tras esto se introduce el concepto de *mindfulness* o atención plena y se les pregunta si ya lo conocían y de qué creen que se trata esta técnica. Se explica en qué consiste y los beneficios que se pueden obtener de la práctica de la misma. Se realiza el ejercicio “Escaneo corporal” explicándoles primero en qué va a consistir y se les pide que

tomen una esterilla de la sala cada una de ellas para que puedan adoptar una postura cómoda para realizar el ejercicio. También se les propone que, para las participantes que lo deseen, Noa puede acompañarlas durante el ejercicio durante un tiempo pero que su presencia no debe distraerlas de la práctica, y si eso ocurre, pueden expresarlo. Tras la práctica, se continua con otro ejercicio de atención plena “Qué de pelos” (ver Anexo II). Se propone llevar a cabo tanto la técnica de meditación como de atención plena en otros contextos (se ofrece como posibles opciones la conexión con un libro, con el entorno, con el propio cuerpo, la respiración o, incluso, los sonidos) para fomentar tanto su práctica como su generalización a otros contextos y qué observen, a ser posible sin juzgar, qué emociones les produce para compartirlas en la siguiente sesión.

Sesión 7: ¿Quién controla a quién?

Objetivo: Saber distinguir entre una reacción / emoción sentida y una respuesta no automática, aumentando el repertorio de expresión.

Procedimiento: Se inicia la sesión preguntando si llevaron a cabo los ejercicios de meditación y conexión y dando espacio para que expresen cómo se sintieron e identificando barreras para que, en los casos en los que existan, ver si la técnica se está utilizando más bien como una técnica para controlar emociones desagradables. Se recuerda que estas técnicas no sirven para evitar las emociones, sino para aceptarlas sin juzgarlas. Después se realizan las siguientes preguntas: *¿Pensáis que las emociones controlan vuestro comportamiento? ¿Creéis que eligen ellas la manera en la que actuáis o vosotras? ¿Quién controla a quién?* Se espera que las participantes que son más impulsivas digan que sí se sienten controladas por sus emociones, o que las pacientes más inhibidas digan que también y que estas las paralizan. Independientemente de la respuesta, se guía a través de las preguntas hacia la reflexión y, con ayuda de Noa para repartir las fichas, se realiza el ejercicio de “Tú decides” (ver Anexo II). Se lleva después el ejercicio de “Escaneo corporal”

durante diez minutos y finalmente se les propone de nuevo practicar la meditación y atención plena fuera de la sesión.

Sesión 8: Tu jardín

Objetivo: Conocer qué son los valores y llevar a cabo una evaluación de los mismos para identificarlos.

Procedimiento: Se inicia la sesión realizando un ejercicio de atención plena con el entorno acompañadas por Noa (podrá pasearla alguna con la correa si así lo desea). Iremos a un jardín con flores que se encuentra dentro de las instalaciones del hospital y se les pedirá a las participantes que, durante 5 minutos, observen el jardín, que observen sus flores, sus diferentes colores y matices, que se acerquen a ellas y las huelan, que observen el contraste de formas, de altura, de sus hojas... su tacto, el grosor de su tallo, etc. Se les pide que, simplemente, conecten con ese trozo de jardín que les rodea y lo observen cómo quizás nunca lo han hecho hasta ahora. Tras el ejercicio se vuelve a la sala y se les pregunta cómo se han sentido con el ejercicio. Tras dar un espacio para que se expresen, se les realiza la siguiente pregunta *¿Alguna vez os habéis preguntado cómo conducís vuestras vidas y cómo resolvéis vuestros problemas?* Se continua la sesión con la metáfora de “El jardín” (Wilson y Luciano, 2002) para conectar con el objetivo de la sesión, con cómo cuidan las pacientes sus plantas, y se les realiza la pregunta *¿Hacéis aquello que queráis hacer u os olvidáis porque sólo os centráis en lo que no funciona?* Se trata de que la sesión sea lo más experiencial posible. Se lleva a cabo el ejercicio con Noa de “El epitafio” (Wilson y Luciano, 2002) cuyo objetivo es que las participantes valoren si el mensaje que les gustaría que contuviese su epitafio contrasta con lo que están haciendo ahora, y se les plantea, entonces, si es ahí donde quieren seguir o para qué epitafio están trabajando. Pasamos a utilizar la metáfora de “El conductor de autobús y los pasajeros” (Wilson y Luciano, 2002) para que emerja el sentido de orientación en la dirección que cada una ha elegido. Aquí dedicamos unos minutos a que las participantes exploren acerca de los pasajeros que componen sus propios autobuses,

que identifiquen cuáles son los más temibles, los más pesados o los más amenazantes. Se les pide que anoten en su libreta el tipo de mensajes de los que se componen esos pasajeros ruidosos y tan temibles, para que después lo doblen o hagan una bola con ese trozo de papel y lo metan en uno de los bolsillos del chaleco de Noa (permitiendo de esta manera llevar a cabo de nuevo la defusión cognitiva). Finalmente, se les entrega el Formulario de Estimación de Valores (Hayes et al, 1999) dando espacio para la reflexión sobre los valores que son importantes para ellas y se les explica cómo deben rellenarlo, de manera voluntaria, fuera de sesión. Se realiza una recapitulación de todo lo comentado hasta el momento y se propone que digan alguna cosa de la sesión, si la hay, que sea de valor para ellas.

Sesión 9: ¿Sabías qué...?

Objetivo: Identificar las emociones tanto agradables como desagradables, promover su aceptación y expresarlas de una manera saludable.

Procedimiento: Se inicia el grupo dando espacio a las participantes que quieran compartir los resultados de su estimación de valores, se pregunta acerca de qué representan estos resultados en sus vidas, si encuentran barreras que dificultan su dirección hacia esos valores y si creen que están descuidando alguno de esos valores o, sin embargo, van encaminadas en la dirección en la que desean estar.

Tras esto, se lleva a cabo el ejercicio “El Museo” (ver Anexo II). Después, se habla acerca de las emociones desagradables y cuando estas son demasiado intensas y nos hacen sentir excesivamente mal o tener una crisis. En estos casos, donde el dolor se hace muy presente, es conveniente realizar unas cuantas respiraciones conscientes. Se explica qué es la respiración consciente y qué beneficio nos aporta, sobre todo, en una situación de mucho dolor emocional y se realiza el ejercicio con ayuda de Noa de “Un desafío” (ver Anexo II), el cual se trata de una práctica de respiración consciente. Se da la pauta de centrarse en la respiración y no en las emociones que les han generado las imágenes del primer ejercicio, es decir, de no intentar utilizar esta técnica como una estrategia de control con el fin de sentirse bien ya que no tiene ese objetivo.

Cuando finaliza el ejercicio, se les pregunta cómo se sintieron; puede ser que digan que no han percibido grandes efectos tras la práctica o que digan que sí tuvieron sentimientos de tranquilidad o alivio: aclararemos que estos efectos agradables se trata solo de efectos secundarios y que, aunque en muchas ocasiones consigan sentirse mejor, no siempre lograrán estos efectos, así que no deben forzarlos. Se recuerda que cuando lleven a cabo el ejercicio de respiración consciente para conectar, deben permitirse a ellas mismas sentir, hacer sitio a esos sentimientos, no tienen por qué agradarles, sólo tienen que dejarlos estar ahí. Se propone que practiquen la respiración consciente en contextos fuera de sesión ya que se trata de un recurso muy accesible y se puede aplicar en cualquier contexto. Finalmente se propone a las participantes que así lo deseen, y con previa autorización, hacerse una foto con Noa para poder entregársela como recuerdo en la última sesión.

Sesión 10: ¡Un placer!

Objetivo: Trabajar la atención con el presente, finalización del grupo y la desvinculación al equipo de intervención (EIAA + PI).

Procedimiento: Se inicia la sesión llevando a cabo el ejercicio de “Demos un paseo” junto a Noa (ver Anexo II) donde se pretende que paseen, charlando, disfrutando de Noa, sin más. Después se realiza la dinámica grupal de “El gran cuadro final” (ver Anexo II). Se entrega un sobre a cada una de ellas con la fotografía dentro con Noa, una patita de Noa como sello en la parte trasera de la foto y unas breves palabras dedicadas por parte de la EIAA haciendo referencia a algo de valor que haya transmitido la participante en alguna sesión. Se hace entrega de los cuestionarios de evaluación y se finaliza la sesión haciendo una despedida individual del equipo terapéutico con cada participante agradeciendo la participación durante todo el programa.

5.6 Tabla de aplicación

El cronograma de aplicación del programa de intervención puede verse en la Tabla 1.

Tabla 1*Cronograma de aplicación*

| PRIMER MES | | | |
|-----------------------------|---|---|---|
| Semana 1 | Semana 2 | Semana 3 | Semana 4 |
| Evaluación inicial | Sesión 1. Vamos a conocernos | Sesión 2. Y tú, ¿controlas? | Sesión 3. Las emociones son como el tiempo |
| SEGUNDO MES | | | |
| Semana 1 | Semana 2 | Semana 3 | Semana 4 |
| Sesión 4. Abraza la vida | Sesión 5. ¿Somos lo que pensamos o sentimos? | Sesión 6. Aquí y ahora | Sesión 7. ¿Quién controla a quién? |
| TERCER MES | | | |
| Semana 1 | Semana 2 | Semana 3 | |
| Sesión 8. Tu jardín | Sesión 9. ¿Sabías qué ? | Sesión 10. ¡In placer! Evaluación final | |

5.7 Evaluación de la propuesta

Antes de iniciar el programa de intervención se facilita a las participantes un consentimiento informado donde se informa que en la aplicación del presente programa se lleva a cabo tanto la recogida de datos como su tratamiento para evaluar la eficacia del mismo, recordándoles que la participación es voluntaria. Por otro lado, se realiza una evaluación inicial utilizando los siguientes instrumentos:

- Escala de Estrés Percibido (EEP; Cohen et al., 1983, adaptada por Remor, 2006): esta escala valúa el estrés percibido en el último mes evaluando el grado en el que las situaciones son vividas como estresantes por las personas. Consta de 14 ítems de tipo Likert y su consistencia interna está entre 0,73 y 0,90.

- Inventario de Depresión de Beck II (BDI II; Beck et al., 1996): se trata de un autoinforme que evalúa la existencia de síntomas depresivos y la gravedad de los mismos en adultos y adolescentes a partir de 13 años en la semana previa a la aplicación. Consta de 21 preguntas de respuesta múltiple y su consistencia interna es de 0,87.
- Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI; Spielberger, et al. 1982): fue diseñado para evaluar tanto la ansiedad como la forma en que la persona responde al estrés. Consta de 40 ítems tipo Likert y dos escalas que miden la ansiedad como estado y como rasgo y su consistencia interna oscila entre 0,90 y 0,94 en ambas escalas.
- Escala rasgo de Metaconocimientos sobre Estados Emocionales (TMMS-24; Fernández Berrocal et al. 2004): está basada en la Trait Meta-Mood Scale (TMMS; Salovey et al. 1995). Es una escala autoaplicada que evalúa, a través de 24 ítems tipo Likert, la atención emocional, la claridad de sentimientos y la reparación emocional a través de 3 subescalas y cuya consistencia interna es de 0,90, 0,90 y 0,86, respectivamente.
- Cuestionario de Aceptación Acción II (AAQ-II; Bond et al., 2011): es un cuestionario autoaplicable de 10 ítems tipo Likert que mide la evitación experiencial e inflexibilidad psicológica y tiene un valor de consistencia interna superior a 0,85.
- Cuestionario de valoración de la introducción del PI al programa (ver Anexo III): se trata de un cuestionario *ad hoc* que tiene como objetivo evaluar el grado de adecuación del PI como coterapeuta, a través de una escala de 18 ítems tipo Likert.

Se lleva a cabo una segunda evaluación al finalizar el programa para evaluar la eficacia de su aplicación, una tercera a los seis meses y, finalmente, una cuarta evaluación al año para comprobar la estabilidad de las mejoras obtenidas.

6. Conclusiones

La visión transdiagnóstica que ofrece la ACT destaca que ciertas características clínicas de pacientes con TCA (distorsión de la imagen corporal, preocupación exagerada sobre su figura y peso, necesidad de control del mismo) son consistentes entre sí y comunes en este tipo de trastornos y que, a su vez, estas características producen en las pacientes emociones desagradables y la puesta en práctica de patrones de conducta para controlar esas emociones que resultan ser contraproducentes para su salud física y mental, agravando la sintomatología. Teniendo en cuenta que la ACT ofrece una explicación del origen de diversas patologías (entre ellas los TCA) haciendo alusión al TEE, parece necesario que, si estas pacientes hacen un uso abusivo de las técnicas de control para escapar o evitar sus emociones, se aborde la identificación y el manejo de las mismas desde una perspectiva de aceptación y consciencia, donde aprendan a llevar las acciones que son importantes para ellas en su día a día.

La propuesta de este trabajo se basa en las anteriores premisas, pretende trabajar sobre las emociones que experimentan las pacientes con TCA y su relación con ellas desde la perspectiva de ACT. Además, se usa TAA como complemento a la terapia principal, cuyo objetivo es aumentar los beneficios terapéuticos que la primera ofrece. Con la presencia y participación del PI en el programa de intervención se espera que se produzca mayor asistencia de las participantes a las sesiones, que aumente su compromiso con la participación y su motivación, crear un clima agradable y calmado donde se sientan seguras y no juzgadas, y en definitiva, hacer que las sesiones sean lo más experienciales posibles gracias a la colaboración del mismo.

Como limitación se destaca no haberla desarrollado para poder evaluar su eficacia real en estas pacientes, por lo que sería interesante obtener datos que reflejen dicha eficacia. Otra limitación, de llevarse a cabo y resultar eficaz, sería saber cómo y por qué la TAA aumenta los beneficios de la terapia principal, qué cambios produce en las pacientes y la manera en que esto se consigue, a pesar de que estos beneficios sean

observables, limitándose su explicación muchas veces a los propios testimonios de las participantes en este tipo de terapias.

También resulta interesante tener en cuenta que todas las escalas de evaluación propuestas en este programa tienen índices de consistencia interna que son considerados aceptables pero que han sido aplicados a población general o con otro tipo de patologías, por lo que habría que comprobar su fiabilidad y validez en esta población concreta.

Una fortaleza del presente trabajo es que se trata de una aproximación inicial y novedosa que utiliza ambas terapias para aumentar los beneficios que se pretenden conseguir. Además, sería interesante estudiar el efecto que tiene la aplicación de la TAA en este tipo de pacientes para saber si resulta beneficiosa a largo plazo ayudando a mantener los objetivos conseguidos o, sin embargo, resulta beneficiosa únicamente durante la aplicación del programa porque se percibe el espacio donde se interacciona con el perro como un lugar seguro. También sería recomendable evaluar que la ruptura del vínculo de las pacientes con el perro no perjudique en ningún momento su bienestar.

Por concluir, se podría considerar una línea de investigación interesante para conocer cómo funciona y qué beneficios exactos tiene la TAA para mejorar la calidad de vida de estas pacientes.

7. Referencias

- American Psychiatric Association (2013). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5ª ed.). Panamericana
- Álvarez-Malé, M. L., Bautista, I., y Serra, L. (2015). Prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes de Gran Canaria. *Nutrición Hospitalaria*, 31(5), 2283-2288
- Assagioli, R. (1971) *The act of will*. Viking Press.
- Ávila Álvarez, A., Torres Tobio, G., Villazala Roca, O., López-Cortón Facal, A., Viana Moldes, I., Saavedra García, M., y Pérez Taboada, L. (2013). Efectos de la terapia asistida con animales en personas con daño cerebral o lesión medular. *Trauma*, 24(2), 109-116.
- Beck, A. T., Steer, R. A., Ball, R., y Ranieri, W. (1996). Comparison of Beck Depression Inventory-IA and -II in psychiatric outpatients. *Journal of Personality Assessment*, 67, 588-597.
- Bond, F. W., Hayes, S. C., Baer, R. A., Carpenter, K. M., Guenole, N., Orcutt, H. K., y Zettle, R. D. (2011). Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire–II: A revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance. *Behavior Therapy*, 42(4), 676-688.
- Calvo, R., Solórzano, G., Morales, C., Kassem, M.S., Codesal, R., Blanco, A. y Gallego, L.T. (2014). Procesamiento emocional en pacientes TCA adultas vs adolescentes. Reconocimiento y regulación emocional. *Clínica y salud*, 25(1), 19-37
- Casanova, I., Cabañas, V., y Fernández-Montes, I. (2018). Tratamiento de un caso de Trastorno de la Conducta Alimentaria desde la perspectiva de Aceptación y Compromiso. *Revista de Casos Clínicos en Salud Mental*, 6(1), 85-117
- Cirulli, F., Borgi, M., Berry, A., Francia, N., y Alleva, E. (2011). Animal assisted interventions as innovative tools for mental health. *Annali dell'Istituto Superiore di Sanità*, 47(4), 341-348.

- Cohen, S., Kamarck, T., y Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behaviour*, 24(4), 385-396.
- Cusack, O. (2008). *Animales de compañía y salud mental*. Fundación Affinity.
- Delgado, R., Amor, A., Montserrat, M., Barranco, P., y Sánchez, A.P. (2017). Terapia asistida por animales. *Revista Española de Comunicación en Salud*, 8(2), 254-271.
- De la viuda, M. E., y Casas-Posada, A. (2020). Terapia de Aceptación y Compromiso grupal para adolescentes con dificultades de regulación emocional. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, 7(2), 42-49.
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., Shafran, R., Bohn, K., y Hawker, D. (2008). Clinical Perfectionism, Core Low self Esteem and Interpersonal Problems. En Ch. G. Fairburn (Ed.), *Cognitive Behavior Therapy and Eating Disorders*, (pp. 197-220). The Guilford Press.
- Fernández—Berrocal, P., Extremera, N. y Ramos, N. (2004). Validity and Reliability of the Spanish modified version of the trait meta-mood scale. *Psychological Reports*. 94(3), 751-755.
- Fontalba, L. (2016). *Evaluación de la influencia de la Terapia Asistida por Animales en Salud Mental* (Tesis Doctoral). Universidad de Málaga.
- Fox, J., y Froom K. (2009). Eating Disorders: A Basic Emotion Perspective. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 16(4), 328–335
- García-Mauriño, P. A., Amado Luz, L., Babot, M., Lacasa, F., y Álvarez Segura, M. (2017). La aplicación de la terapia asistida con animales en la salud mental infarto-juvenil. *Revista de Psicología Universidad de Antioquia*, 9(2), 177-188.
- García Montes J. M., Luciano, M. C., Hernández, M., y Zaldívar, F. (2004). Aplicación de la terapia de aceptación y Compromiso (ACT) a sintomatología delirante: un estudio de caso. *Psicothema*, 16(1), 117-124.
- Gómez, M. J., Luciano, C., Paéz-Blarrina, M., Ruiz, F. J., Valdivia-Salas, S., y Gil-Luciano, B. (2014). Brief ACT Protocol in At-risk Adolescents with Conduct

- Disorder and Impulsivity. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 14(3), 307-332.
- Graell, M., Villaseñor, A. y Morandé, G. (2014). Clínica y evaluación de los trastornos de la alimentación de la edad prepuberal. En G. Morandé, M. Graell, y M. A. Blanco (Eds.), *Trastornos de la conducta alimentaria y obesidad* (pp. 123-132). Médica Panamericana.
- Granger, B. P. y Kogan, L. (2003). Terapia asistida por animales en entornos especializados. En A. Fine (Ed.), *Manual de terapia asistida por animales* (pp. 241-267). Fundación Affinity.
- Gratz, K. L. (2007). Targeting emotion dysregulation in the treatment of self-injury. *Journal of Clinical Psychology*, 63(11), 1091-1103.
- Grilo, C. M. (2006). *Eating and weight disorders*. Psuchology Press.
- Gutiérrez, G., Granados, D., y Piar, N. (2007). Interacciones humano-animal: características e implicaciones para el bienestar de los humanos. *Revista colombiana de psicología*, 16, 163-184.
- Harris, R. (2020). *La trampa de la felicidad*. Planeta
- Harrison, A., Sullivan, S., Tchanturia K., y Treasure J. (2010). Emotional functioning in eating disorders: attentional bias, emotion recognition and emotion regulation. *Psychological Medicine*, 40(11), 1887-1897.
- Hayaki, J. (2009). Negative reinforcement eating expectancies, emotion dysregulation, and symptoms of bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 42, 552-556.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., y Wilson, K.G. (1999). Acceptance and commitment therapy. An Experimental Approach to Behavior Change. *The Guilford Press*.
- Hayes, S. C., Barnes-Holmes, D., y Roche, B. (2001): *Relational Frame Theory: A Post-Skinnerian account of human language and cognition*. Plenum Press.

- Hayes, S. C., y Pankey, J. (2002). Experiential avoidance, cognitive fusion, and an ACT approach to anorexia nervosa. *Cognitive and Behavioral Practice*, 9(3), 243–247.
- Heffner, M., y Eifert, G. H. (2004). *The anorexia workbook: How to accept yourself, heal your suffering, and reclaim your life*. New Harbinger.
- Heffner, M., Sperry, J., Eifert, G. H., y Detweiler, M. (2002). Acceptance and Commitment Therapy in the treatment of an adolescent female with anorexia nervosa: A case example. *Cognitive and Behavioral Practice*, 9(3), 232–236.
- Juarascio, A. S., Shaw, J., Forman, E. M., Timko, C. A., Herbert, J. D., Butryn, M. L., y Lowe, M. (2013). Acceptance and commitment therapy for eating disorders: Clinical applications of a group treatment. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 2, 85-94.
- Luciano, M.C., y Valdivia, M.S. (2006). La terapia de aceptación y compromiso (ACT): Fundamentos, características y evidencia. *Papeles del Psicólogo*, 27(2), 79-91.
- Lubbe, C., y Scholtz, S. (2013). The Application of Animal-Assisted Therapy in the South African context: a case study. *South African Journal of Psychology*, 43(1), 116-129.
- Manlick, C. F., Cochran, S. V., y Koon, J. (2013). Acceptance and Commitment Therapy for Eating disorders: Rationale and literature review. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 43, 115-122.
- Mañas, I. (2007). Nuevas terapias psicológicas: La tercera ola de terapias de conducta o terapias de tercera generación. *Gaceta de Psicología*, 40, 26-34.
- Marco, M. M., Quiles, Y., y Quiles, M. J. (2018). Aplicación de la Terapia de Aceptación y Compromiso en pacientes con un Trastorno de la Conducta Alimentaria: un estudio piloto. *Información psicológica*, 116, 18-31.
- Merwin, R., Timko, C. A., Moskovich, A., Konrad Ingle, K., Bulik, C. M., y Zucker, N. (2011). Psychological inflexibility and symptom expression in anorexia nervosa. Eating Disorders. *Journal of Treatment and Prevention*, 19(1), 62–82.

- Merwin, R., y Wilson, K. G. (2009). Understanding and treating eating disorders: An ACT perspective. En J. T. Blackledge (Ed.). *Acceptance and Commitment Therapy: Contemporary Theory, Research and Practice* (pp. 87-117). Australian Academic Press.
- Mills, D., y Hall, S. (2014). Animal-Assisted Interventions: Making Better Use of Human-Animal Bond. *Veterinary Record*, 174(11), 269-273.
- Mills, P., Newman, E., Cossar, J., y Murray, G. (2014). Emotional maltreatment and disordered eating in adolescents: Testing the mediating role of emotion regulation. *Child abuse and neglect*, 39(1), 156,166.
- Morandé, G. (2014). Revisión histórica y concepto de los Trastornos de la Conducta Alimentaria. En Morandé, G., Graell, M., y Blanco, M. A. (Eds.). *Trastornos de la conducta alimentaria y obesidad* (pp. 11-16). Médica Panamericana.
- Muro-Sans, P., y Amador-Campos, J.A. (2007). Prevalence of eating disorders in a Spanish community adolescent sample. *Eating and Weight Disorders*. 12(1), 1-6.
- Nardone, G. (2009). *Más allá de la anorexia y la bulimia*. Paidós Psicología Hoy.
- National Institute for Clinical Excellence (NICE, 2004). *Eating disorders-core interventions in the treatment and management of anorexia nervosa, bulimia nervosa and related eating disorders*. National Institute for Health and Care Excellence.
- Olesti Baiges, M., Marin-Vergara, N., de la Fuente Garcia, M., Riera Solé, M., Ricomá de Castellarnau, G., y Piñol Moreso, J.L. (2008). Prevalencia de anorexia, bulimia nerviosa y otros TCA en adolescentes femeninas de Reus. *Anales de Pediatría*, 68(1), 18-23.
- Ortiz, J., Landero, R., y González, M. (2012). Dog-assisted therapy to treat emotional management in teenagers. *Summa Psicológica UST*, 9(2), 25-32.

- Pascual, A., Etxebarria, I., y Echeburúa, E. (2011). Las variables emocionales como factores de riesgo de los trastornos de la conducta alimentaria *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 11(2), 229-247 .
- Plumed, J., y Rojo, L. (2014). Epidemiología y factores de riesgo en trastornos de la conducta alimentaria. En Morandé, G., Graell, M., y Blanco, M. A. (Eds.). *Trastornos de la conducta alimentaria y obesidad* (pp. 27-33). Médica Panamericana.
- Portela de Santana, M. L., da Costa Ribeiro Junior, H., Mora Giral, M., y Raich, R. M^a. (2012). La epidemiología y los factores de riesgo de los trastornos alimentarios en la adolescencia: una revisión. *Nutrición Hospitalaria*, 27(2), 391-401.
- Raich, R. M. (2011). *Anorexia, bulimia y otros trastornos alimentarios*. Ediciones Pirámide.
- Remor E. (2006). Psychometric Properties of a European Spanish Version of the Perceived Stress Scale (PSS). *The Spanish Journal of Psychology*, 9(1), 86-93.
- Rodríguez, M., Gempeler, J., Mayor, N., Patiño, C., Lozano, L., y Pérez, V. (2017). Regulación de emociones y síntomas alimentarios: Análisis de contenidos de sesiones de Terapia Grupal en pacientes con Trastornos Alimentarios. *Revista Mexicana de Trastornos Alimentarios*, 8, 72-81.
- Saldaña, C. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para trastornos del comportamiento alimentario. *Psicothema*, 13(3), 381-392.
- Saldaña, C. (2003). Guía de tratamiento psicológico eficaces para trastornos del comportamiento alimentario. En M. Pérez, J.R. Fernández, C. Fernández e I. Amigo (Coords.), *Guía de tratamientos psicológicos eficaces I: Adultos* (pp.141-160). Pirámide.
- Sagardoy, R., Solórzano, G., Morales, C., Kassem, M. S., Codesal, R., Blanco, A., y Gallego, L. T. (2014) Procesamiento emocional en pacientes TCA adultas vs adolescentes. Reconocimiento y regulación emocional. *Clínica y Salud*, 25(1), 19-37.

- Salovey, P., Mayer, J. D., Goldman, S. L., Turvey, C., y Palfai, T. P. (1995). *Emotional attention, clarity, and repair: Exploring emotional intelligence using the Trait Meta-Mood Scale*. En J. W. Pennebaker (Ed.), *Emotion, disclosure and health* (pp. 125-154). American Psychological Association.
- Schmidt, U., y Treasure, J. (2006). Anorexia nerviosa: valorada y visible. Un modelo de mantenimiento cognitivo-interpersonal y sus implicaciones para la investigación y práctica. *Revista Británica de Psicología Clínica* , 45(3), 343–366.
- Speranza, M., Loas, G., Wallier, J., y Corcos, M. (2007). Predictive value of alexithymia in patients with eating disorders: A 3-year prospective study. *Journal of Psychosomatic Research*, 63, 365- 371.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., y Lushene, R. E. (1982). *Manual STAI, Cuestionario de Ansiedad Estado Rasgo*. TEA Ediciones.
- Taylor, G., y Bagby, R. (2000). An overview of the alexithymia construct. En R. Bar-On y J. Parker (Eds.). *Handbook of emotional intelligence* (pp. 40-67). Jossey-Bass.
- Toro, J. (2014). Etiopatogenia. En G. Morandé, M. Graell, y M. A. Blanco. (Ed.). *Trastornos de la conducta alimentaria y obesidad* (pp. 17-26). Médica Panamericana.
- Twohig M. P., y Hayes, S. (2008). *ACT verbatim for depression and anxiety: annotated transcripts for learning acceptance and commitment therapy*. New Harbinger Publications.
- Wade, T. D. (2010). Genetic influences on Eating and on Eating disorders. En W. S. Agras (Ed.), *The Oxford Handbook of Eating Disorders* (pp. 103-122). Oxford University Press
- Waller, G., Mountford, V., Lawson, R., Gray, E., Cordery, H. y Hinrichsen, H. (2010). *Beating your eating disorder: A cognitive behavioral self-help guide for adult sufferers and their carers*. Cambridge University Press.

Wilson, K. G., y Luciano, M. C. (2002). *Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT): un tratamiento conductual orientado a los valores*. Pirámide.

Zamarra San Joaquín, M. P. (2002). Terapia asistida por animales de compañía: bienestar para el ser humano. *Centro de Salud*, 10(3), 143-149.

8. Anexos

Anexo I. Selección del perro de terapia

Es importante llevar a cabo una adecuada elección del perro colaborador en los programas de TAP. Para llevar a cabo la selección del perro, se ha de tener en cuenta su temperamento, su nivel de adiestramiento y el entorno en el que va a trabajar. La elección implica tres componentes principales: revisión veterinaria, prueba de temperamento y habilidad para ser adiestrado (Granger y Kogan, 2003). La revisión veterinaria implica un examen físico completo, vacunaciones y el control de parásitos internos y externos; la prueba de temperamento permite apreciar cuál será la conducta del perro ante situaciones nuevas e inesperadas y, finalmente, la prueba de aptitud para ser adiestrado es el Canine Good Citizen (CGC), del American Kennel Club (Granger y Kogan, 2003), donde la mayoría de los aspectos del test implican conductas aprendidas, más que los rasgos de personalidad (incluye acudir si es llamado, atravesar una multitud, sentarse si se lo ordenan, que un extraño se acerque o le acaricie, etc.) y su objetivo es medir las capacidades y habilidades de un animal para que este pueda ser seleccionado como perro de terapia. Se ha tenido en cuenta que se trate de un perro sociable, tanto con personas como con otros animales, que tenga la iniciativa para buscar el contacto con personas y reaccione bien ante este (caricias, abrazos, voces, risas), que sea cariñoso, manipulable, estable a nivel emocional, que tenga buena salud y sea predecible, fiable y eficiente. Además del proceso de selección y adiestramiento, se ha de garantizar que el animal que participe en el programa disfrute con las actividades. Esto se puede favorecer limitando el tiempo de “trabajo” del animal y protegerlo de accidentes o de conductas agresivas de algunos pacientes son responsabilidades importantes que debe de afrontar el equipo humano. La calidad de la TAP se resiente si la experiencia deja de ser positiva para todos, incluyendo los animales.

Anexo II. Objetivos y desarrollo de las actividades de las sesiones del programa

- Sesión 1: Vamos a conocernos

Actividad: La presentista

Objetivo: Se pretende utilizar al PI como modelo para que las participantes puedan observar cómo los perros conectan con el aquí y ahora, con el presente.

Desarrollo: Se pide a una de las participantes que se ponga en el centro de la sala y llame a Noa, la dé la orden de tumbarse y pueda premiarla por hacerlo. Una vez que Noa esté tumbada en el centro, la participante vuelve a su sitio y se les dice que observen a Noa y que reflexionen acerca de las cualidades que tiene, tanto ella como el resto de perros (se les propone pensar en sus propios perros o gatos a las participantes que tengan mascotas en su domicilio), qué cualidades son deseables, qué les gustaría del hecho de ser un perro. Se les da espacio para esta reflexión y después se escuchan todas las propuestas. Si alguna participante alude al hecho de que viven el presente o algo relacionado con la salud mental de los perros se reforzará la observación y se hará alusión al término “presentista” utilizado en esta sesión para reflejar la capacidad que tienen los perros de no pensar en el pasado ni en el futuro (en rasgos generales), y ser grandes seres vivos que viven anclados al presente y, por lo tanto, gozan de una mejor salud mental.

- Sesión 2: Truco o trato

Ejercicio: Truco o trato

Objetivo: Observar cómo Noa va a tratar de conseguir una recompensa en ese mismo momento, de manera inmediata y debido a la facilidad de acceso, perdiendo la oportunidad de conseguir una recompensa más grande pero que le costará más trabajo y tiempo.

Desarrollo: Se coloca en el centro de la sala un cuenco con un par de premios para Noa (consistirá en un par de trozos de salchicha troceada) y otro cuenco con una salchicha entera troceada, pero este a su vez estará tapado con un plástico transparente que permite ver la visión de la cantidad de comida pero que supone que Noa invierta un mayor esfuerzo en retirar el plástico para poder acceder al premio mayor. Después se le pide a alguna participante que, de manera voluntaria, llame a Noa para que se coloque en el

centro de la sala, le dé la orden de sentarse premiándola después, y posteriormente le dé otra orden para que pueda acceder a la comida. Noa accederá a comer la comida del primer cuenco debido a su accesibilidad. Seguramente lo que las participantes dirán tras el ejercicio que la explicación de su conducta es que es un perro y no tiene esa capacidad de razonar ni valorar las consecuencias a corto / largo plazo para tomar una decisión, y esto lo que nos permitirá es reconocer que es cierto que se trata de un perro pero que no deben olvidar que Noa es presentista, y que ella conecta con lo que ahora mismo le da placer y no puede valorar si algo le dará mayor placer o beneficio en el futuro.

- Sesión 3: Las emociones son como el tiempo

Ejercicio: La pantalla del ordenador (Wilson y Luciano, 2002).

Objetivo: Conocer cómo funcionan las estrategias de control e identificar este control como la respuesta a muchos de sus problemas haciendo que luchen contra estos constantemente.

Desarrollo: Se les cuenta la metáfora de La pantalla del ordenador. Se finaliza el ejercicio preguntándole a qué persona se parecen, tratando de ejemplificar el costo del control de los eventos privados cuando eso no es lo elegido como forma de vida.

Ejercicio: El polígrafo (Hayes et al., 1999).

Objetivo: Ejemplificar las estrategias de control en el campo de las emociones.

Desarrollo: Se cuenta la metáfora del Polígrafo utilizando como ejemplo la ansiedad. Tras el ejercicio se les pide que reflexionen sobre el efecto que tiene la pistola y se les da espacio para que expresen qué es lo que piensan. Si les hubiésemos pedido que pasaran la aspiradora o cambiaran los muebles de la sala de sitio, la pistola habría hecho mucho más probable que ellas obedeciesen y dejaran la sala limpia. Se les explica que con la ansiedad lo que ocurre es que es mucho menos probable que consigan lo que pretenden, que es controlarla.

Ejercicio: Ficha estrategias de control de las emociones más habituales.

| ESTRATEGIAS DE CONTROL HABITUALES | |
|--|---|
| Estrategias de huida | Estrategias de lucha |
| <p>Escapar Te ocultas o escapas de situaciones o actividades que podrían causarte pensamientos o sentimientos desagradables.</p> <p>Distraerse Te distraes de tus pensamientos y sensaciones centrando tu atención en otra cosa.</p> <p>Desconectar / insensibilizarse Intentas olvidar tus sentimientos y pensamientos desconectando o insensibilizándote, casi siempre utilizando alguna medicación, drogas o alcohol. Algunas personas lo logran durmiendo en exceso o simplemente “mirando a la pared”.</p> | <p>Suprimir Intentas suprimir directamente los sentimientos y pensamientos indeseados. Expulsas por la fuerza los pensamientos inoportunos de tu mente o empujas tus sentimientos “a lo más profundo”.</p> <p>Discutir Discutes con tus propios pensamientos para intentar refutarlos de forma racional.</p> <p>Hacerse cargo Intentas hacerte cargo de tus sentimientos y pensamientos; o procuras sustituir los pensamientos negativos por otros positivos.</p> <p>Obligarse Intentas obligarte a ti mismo a sentirte de otra manera. Te tratas de “fracasada” o de “idiota”. O te criticas y culpabilizas.</p> |

Desarrollo: Se procede con la lectura en voz alta de la ficha por parte de alguna de las participantes, se les pregunta *¿Qué problema hay con utilizar estos métodos para intentar controlar nuestros pensamientos y emociones?* Tras el debate, les decimos que realmente la respuesta es ninguno, siempre y cuando las utilicemos con moderación, en situaciones en las que pueden dar resultado y que, el hecho de utilizarlos, no contribuya a que dejemos de hacer las cosas que nos importan.

Ejercicio: Estrategia de control de Noa

Objetivo: Observar cómo el PI lleva a cabo una de las estrategias de control vistas en la anterior ficha.

Desarrollo: Se les cuenta lo siguiente: En una ocasión, cuando Noa tenía 7 meses, la llevé al campo cerca de mi casa para dar un paseo tranquilo, disfrutar del sol y del paisaje. Durante este paseo, de repente, se escuchó en la lejanía un ruido muy fuerte el cual aún sigo desconociendo su procedencia. La reacción de Noa fue empezar a temblar y tirar con fuerza de la correa en dirección a casa. Se realizan las siguientes preguntas *¿Qué estrategia de control de las emociones creéis que utilizó Noa en esa ocasión? ¿Os ha*

pasado alguna experiencia parecida con vuestras mascotas? ¿Y a vosotras, habéis salido corriendo de alguna situación que, objetivamente, no resultaba en principio peligrosa?

- Sesión 4: Abrazar la vida

Ejercicio: Pensar vs Observar

Objetivo: Aumentar el distanciamiento del contenido psicológico, diferenciando lo que está presente verbalmente y lo que se hace presente por el lenguaje.

Desarrollo: Se utilizan unas pequeñas tarjetas de colores y se reparte con ayuda de Noa una a cada una. Se les pide que anoten en esa tarjeta un pensamiento desagradable, que cause malestar y sea recurrente, es decir, que aparezca constantemente en “la pantalla de su ordenador”. Después, se les pedirá que peguen esas tarjetas en el chaleco de Noa con velcro de doble cara y se empezará a jugar con ella con una pelota, viendo como Noa juega con esas tarjetas en su cuerpo. Tras el ejercicio se pregunta cuál creen que era el objetivo del mismo y se trata de que mediante sus reflexiones lleguen a la conclusión de que, a pesar de que esos cartelitos con sus pensamientos desagradables no hacían más que pasear por la sala en el cuerpo de Noa intentando llamar su atención y perturbarlas, ellas podían decidir aceptar la presencia de esos cartelitos y a su vez preferir fijarse en los movimientos de Noa, en cómo corre cuando le tiran la pelota, en cómo se acerca de manera juguetona sin ser consciente del peso que se le ha depositado, tan solo centrándose en el cariño y juego que está recibiendo.

- Sesión 5: ¿somos lo que pensamos o sentimos?

Ejercicio: Las palabras se las lleva el viento

Objetivo: Aprender a tratar los pensamientos como pensamientos, las evaluaciones como evaluaciones y/o los recuerdos como recuerdos.

Desarrollo: Se les pide que anoten en unas cartulinas palabras o frases cortas amenazantes para Noa, como por ejemplo: “hoy te quedas sin comer”, “otro perro te va a morder”, “eres una perra mala”, etc.; y después se les pide que paseen por la sala con estos carteles y de vez en cuando se lo enseñen a Noa, que aparezcan en su pantalla constantemente y observen su reacción aunque puedan preverla. Con este ejercicio lo que

se pretende es que observen cómo, a pesar de que haya palabras amenazantes en las hojas para Noa, ella no puede dotarlas de significado al ser un perro y, precisamente por esto, es un claro ejemplo de cómo las palabras no pueden dañarnos por muy aterradoras que nos parezcan, reconociendo que los humanos sí dotamos de significado a las palabras, pero que estas siguen siendo palabras y que lo que cambia es el receptor que las ve y el significado que les da, aumentando así la perspectiva de su yo como contenido de pensamientos y emociones y su yo como observador.

- Sesión 6: “Aquí y ahora”

Ejercicio: Qué de pelos

Objetivo: Aumentar la conexión con el momento presente a través de un ejercicio de atención plena con el PI.

Desarrollo: Este ejercicio pretende que las participantes puedan conectar con Noa, con su pelaje, con la forma de su cuerpo, sus músculos, del calor que desprende su cuerpo. Después se realizan las siguientes preguntas *¿Cómo os habéis sentido con los ejercicios? ¿Habéis encontrado alguna barrera que os dificultase la tarea? ¿Habéis conectado con el momento presente, sin juzgar lo que ocurría?*

- Sesión 7: ¿Quién controla a quién?

Ejercicio: Tú decides

Objetivo: Diferenciar la forma de sentir de la forma de actuar, entendiendo que la diferencia entre ambas está en nuestra capacidad de decisión.

Desarrollo: Se reparten unas fichas donde vienen diversas situaciones, tanto agradables como desagradables, con diversas formas de sentir y de reaccionar, y se les pide que unan mediante flechas la emoción que creen que sentirían en esa situación y la acción que creen que sería más probable que hiciesen. Se explica que existen ciertas tendencias a actuar o reaccionar de una manera determinada (gritando, huyendo, no comiendo o comiendo en exceso, etc.) pero no tenemos por qué hacer eso si así lo decidimos. Hacemos referencia a Noa como ejemplo para utilizar sus instintos de animal como una analogía a nuestras emociones y su forma de comportarse a pesar de sus instintos. Noa

puede sentirse estresada o cansada ante una situación y querer salir por patas, pero puede “decidir” sobre ello, es decir, puede decidir salir corriendo o quedarse en esa situación a ver qué pasa (recordándoles que lo que Noa no hará será evaluar los costes de su conducta a corto y a largo plazo, a diferencia de nosotras, que sí podemos hacer esta evaluación). Se les pide que pongan ejemplos de situaciones en las que se sintieron de una determinada manera pero decidieron actuar de una manera totalmente distinta. Se facilita esta tarea poniendo el ejemplo de la persona que tiene que hablar en público y siente ansiedad pero lo que transmite es calma y seguridad. La idea a la que se pretende que lleguen las participantes de una manera experiencial, a través de estos ejemplos, es que a pesar de que no tengan demasiado control directo sobre sus sentimientos, sí que pueden controlar directamente sus actos.

- Sesión 9: ¿Sabías qué...?

Ejercicio: El Museo

Objetivo: Observar, identificar, aceptar y expresar las diferentes emociones evocadas por las diferentes imágenes del ejercicio

Desarrollo: Se colocan diferentes imágenes de fotografías por las paredes de la sala que pueden evocar multitud de emociones. Se les pide a las participantes que visiten el Museo, que paseen por la sala y observen las imágenes y que, finalmente, elijan una donde deseen permanecer. Cuando todas hayan elegido su imagen, se les pide que cuenten si quieren al resto del grupo por qué han elegido esa imagen, qué significado le han dado ellas, y qué emoción les despierta (se pide que den detalles sobre la emoción sentida, su intensidad, en qué parte del cuerpo la sienten, si es una emoción que suele estar presente o sentirla con facilidad, si es agradable su presencia o no, etc.).

Ejercicio: “Un desafío”

Objetivo: Practicar la respiración consciente para fomentar la aceptación de los eventos internos que haya podido evocar el anterior ejercicio.

Desarrollo: Se pide a las participantes que se tumben en el suelo formando un círculo y se da la pauta de centrarse en la respiración y no en las emociones que les han generado las

imágenes del ejercicio anterior (el Museo), es decir, que no intenten utilizar esta técnica como una estrategia de control con el fin de sentirse bien ya que no tiene ese objetivo. Se realiza la práctica colocándose una de las participantes que quiera ser voluntaria junto a Noa en el centro del círculo. Se le da a esa participante las instrucciones que deberá dar al resto del grupo para realizar la práctica y cómo deberá hacerlo ella para servir al resto del grupo de modelo, tanto ella como el PI, mostrándose ambas tranquilas y marcando las respiraciones.

- Sesión 10: ¡Un placer!

Ejercicio: Demos un paseo

Objetivo: Aumentar la práctica de atención plena, fijar las técnicas aprendidas. Evaluación final del programa de intervención.

Desarrollo: Se les pide que salgan a dar un paseo por las zonas próximas al recinto junto a Noa, pudiendo llevarla con correa la participante que lo desee. Cuando se regresa a la sala, se les pregunta *¿Qué tal fue el paseo? ¿Había muchas personas paseando? ¿Había perros que querían saludar a Noa? ¿Había muchas flores, nubes en el cielo...?.* Se realizan estas preguntas con el fin de que las participantes reflexionen acerca de si en su paseo han tomado conciencia plena con el entorno. Lo que se espera es que no haya sido así en su mayoría, así que se les pide esta vez volver a repetir el paseo, a ser posible la misma ruta que realizaron, pero apreciando el entorno, los colores, la textura del suelo, si hay muchas personas, si estas llevan perro, si hay muchas flores, a qué huele el viento, etc. Cuando vuelvan a la sala se escuchan sus experiencias.

Anexo III. Cuestionario de valoración de la introducción del PI al programa

| | Totalmente en desacuerdo | En desacuerdo | Ni acuerdo ni en desacuerdo | De acuerdo | Totalmente de acuerdo |
|---|--------------------------|---------------|-----------------------------|------------|-----------------------|
| 1. El programa ha cumplido con mis objetivos | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. La introducción del PI creo que ha ayudado al grupo en general a estar más cómodo | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. La introducción del PI ha hecho que tenga más ganas de asistir a las sesiones | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. Introducir al PI ha sido una molestia para el correcto funcionamiento del centro | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. El PI parecía contento y motivado para desempeñar sus funciones | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6. El PI ha provocado situaciones descontroladas en el centro | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 7. Cuando se creaban situaciones tensas o que causaban dolor, el PI se mostraba cercano con nosotras, ayudaba a calmarnos | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 8. Todas las situaciones en las que se utilizaba al PI de ejemplo me han servido de ayuda | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 9. Las actividades en las que participaba el PI perseguían el objetivo establecido | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 10. He estado cómoda en todo momento con la presencia del PI | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 11. Se ha tenido en cuenta las zonas más higiénicas del centro para que el PI no acceda a ellas (comedor, baños, etc.) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 12. El acceso del PI al centro ha sido llevado a cabo de manera correcta, dándonos pautas para relacionarnos con él | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 13. Introducir al PI ha sido una molestia para el correcto funcionamiento del centro | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 14. El PI ha incomodado a otras personas del centro | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 15. El PI ha causado daños a materiales del centro | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 16. La coordinación entre el equipo de intervención y el equipo terapéutico del centro ha sido adecuada | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 17. En general, recomendaría seguir introduciendo este programa como parte del tratamiento | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 18. Recomendaría utilizar la Terapia Asistida con Animales para trabajar otras áreas dentro del centro | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |